



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

QUISTE SINOVIAL DE LA MUÑECA Y MANO EN EL HOSPITAL I ESSALUD –

SULLANA, 2018

“TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO

CIRUJANO”

AUTORA

PAOLA PATRICIA PALAS CALLE

ASESOR

MG. GONZALEZ RAMIREZ, RODOLFO

LINEA DE INVESTIGACION

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

PIURA – PERÚ

2018

PAGINA DEL JURADO




 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 4
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **PALAS CALLE PAOLA PATRICIA** cuyo título es:

QUISTE SINOVIOL DE LA MUÑECA Y MANO EN EL HOSPITAL I ESSALUD-SULLANA, 2017

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de:¹⁶..... (número)
.....^{Dieciseis}.....(letras).

Piura.....de del 201.....

 PRESIDENTE	 SECRETARIO
 VOCAL	

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado con mucho amor a Dios por ser mi creador, en quien radica mi fe, a mi madre por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, muchos de mis logros se los debo a ella. A mi esposo EM por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos paseado momentos difíciles siempre me ha brindado su comprensión, cariño y amor.

A mi amada hija quien es mi motor y motivo mi fuente de inspiración para superarme cada día de mi vida.

AGRADECIMIENTO

A la escuela de medicina humana de la universidad cesar vallejo y a toda su plana docente.

A mi asesor, al que le doy mi eterno agradecimiento por su sabia orientación en la culminación de la presente investigación.

DECLARATORIA DE AUTENCIDAD

Yo, **PAOLA PATRICIA PALAS CALLE** con DNI N° 41551255 declaro que la tesis de grado titulada: **QUISTE SINOVIAL DE LA MANO Y MUÑECA EN EL HOSPITAL I ESSALUD – SULLANA 2018**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la propuesta en mención.

Piura, Perú 2018

PAOLA PATRICIA PALAS CALLE

DNI N° 41551255

PRESENTACION

La presente investigación está estructurada en seis capítulos: Introducción, metodología, análisis de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones respecto al estudio. En el capítulo I se describe el marco teórico, los antecedentes, el problema de investigación, los objetivos y la justificación. El capítulo II presenta la metodología que incluye el diseño de investigación, descripción de la población, cálculo de la muestra y técnica e instrumentos de recolección de datos. En tanto que en el análisis de resultados se presenta la información recolectada mediante una ficha diseñada para la presente investigación, la misma que se discute en el cuarto capítulo. En el quinto capítulo se exponen las conclusiones que permitirán objetivar los resultados de la investigación y en el sexto capítulo se plantean las recomendaciones finales ante la problemática estudiada. Finaliza el informe con el capítulo de referencias bibliográficas.

INDICE

PAGINA DEL JURADO	i
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DECLARATORIA DE AUTENCIDAD	v
PRESENTACION	vi
INDICE.....	vii
RESUMEN	ix
I. INTRODUCCION	1
1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
2.1 TRABAJOS PREVIOS.....	2
3.1 MARCO TEÓRICO.....	5
4.1 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	10
5.1 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	10
6.1 OBJETIVOS	10
6.1.1.OBJETIVO GENERAL.....	10
6.1.2.OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
II. METODO	12
2.1 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	12
2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACION.....	12
2.3 POBLACION Y MUESTRA.....	13
2.3.1 Población	13
2.3.2 Muestra	13
2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	14
2.5 METODOS DE ANALISIS DE DATOS	14

2.6	ASPECTOS ETICOS.....	14
III.	RESULTADOS	22
IV.	DISCUSION	29
V.	CONCLUSIONES	31
VI.	RECOMENDACIONES.....	32
VII.	REFERENCIAS	33
VIII.	ANEXOS	35

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas del quiste sinovial de la mano y muñeca en el Hospital I EsSalud – Sullana, 2018.

Metodología: Se realizó una investigación observacional, de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal. Con una población conformada por la totalidad de pacientes con diagnóstico de quiste sinovial de la mano y muñeca del Hospital I de Sullana durante el periodo comprendido entre enero y setiembre del 2018. De un total de 49 pacientes, se excluyeron 4 por falta de datos en la historia clínica, por lo que, la muestra final estuvo constituida por 45 pacientes.

Resultados: De un total de 45 pacientes, la edad media fue 41.4 ± 12.2 años, siendo 18 y 67 años la edad mínima y máxima respectivamente. El 64.4% ($n = 29$) de los pacientes fueron de sexo femenino. El 53.3 ($n = 24$) eran de procedencia rural. El 37.8% ($n = 17$) tenía un tiempo de enfermedad $>$ de 1 año. El 51.1% ($n = 23$) tuvieron un inicio de enfermedad brusco. El 100.0% ($n = 45$) presenta una tumoración en la mano o muñeca, 42.2% ($n = 19$) dolor y 28.9% ($n = 13$) pérdida de fuerza en la mano. Al 51.1% ($n = 23$) se les realizó exéresis total, 35.6% exéresis parcial y al 13.3% punción/aspiración de la lesión.

Conclusiones: Se concluye que el quiste sinovial de mano y muñeca se observa con mayor frecuencia en pacientes de 41.4 ± 12.2 años, sexo femenino y procedencia rural. La principal manifestación clínica es la presencia de una tumoración en el dorso de la mano, de aparición brusca y de más de un año de evolución. El tratamiento de mayor elección es la exéresis total de la tumoración.

Palabras clave: Quiste sinovial.

ABSTRACT

Objective: To determine the sociodemographic, clinical and therapeutic characteristics of Synovial cyst of the hand and wrist in the Hospital I EsSalud - Sullana, 2018.

Methodology: An observational, descriptive, retrospective and transversal research was carried out. With a population made up of all the patients with diagnosis of the Synovial cyst of the hand and wrist of the Hospital I - Sullana during the period between January and September 2017. Out of a total of 49 patients, 4 were excluded due to lack of data in the clinical history, so that the final sample consisted of 45 patients.

Results: Out of a result of 45 patients, the average age is 41.4 ± 12.2 years, with 18 and 67 being the minimum and maximum age, respectively. 64.4% (n = 29) of the patients are female. 53.3 (n = 24) are of rural origin. 37.8% (n = 17) have a sick time of > 1 year. 51.1% (n = 23) have a sudden onset of illness. The 100.0% (n = 45) presented a mass in the hand or wrist, 42.2% (n = 19) pain and 28.9% (n = 13) loss of strength in the hand. 51.1% (n = 23) underwent total exéresis, 35.6% partial excision and 13.3% puncture and aspiration of the lesion.

Conclusions: It is concluded that the synovial cyst of the hand and wrist is observed more frequently in patients of 41.4 ± 12.2 years, female and rural origin. The main clinical manifestation is the presence of a tumor on the back of the hand, the sudden onset and more than a year of evolution. The treatment of the greatest choice is the total exeresis of the tumor.

Keywords: Synovial cyst.

I. INTRODUCCION

1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA

El quiste sinovial, también llamado quiste ganglionar o ganglión, es la inflamación de tejidos blandos más común en la mano y muñeca, están llenos de material mucoso gelatinoso y se encuentran comúnmente en la práctica clínica ortopédica (1). Ocurre con mayor frecuencia en el lado dorsal de la muñeca (70%), seguido por el lado volar (20%) y la vaina del tendón de los dedos (2). Representan aproximadamente el 60% de todos los tumores de tejidos blandos que afectan la muñeca y la mano, por lo general, se desarrollan espontáneamente en adultos de entre 20 y 50 años, con una proporción de 3:1 entre mujeres y hombres (3).

La mayoría de los quistes ganglionares son asintomáticos, sin embargo, los pacientes buscan tratamiento debido a la apariencia cosmética o la preocupación de que se tornen malignos. Se descubren fácilmente en el examen físico, suelen ser firmes y redondos, y tienen una consistencia gomosa. Cuando la exploración física sola no es diagnóstica, la transiluminación o la ecografía pueden ayudar a diferenciar los quistes de los tumores sólidos.

Se reporta que, cerca del 60% de los quistes sinoviales resuelven espontáneamente a lo largo del tiempo (4), sin embargo, las opciones terapéuticas incluyen medidas no quirúrgicas como aspiración con o sin inyección de esteroides o hialuronidasa y escisión quirúrgica.

Buscando bibliografía local y/o nacional referente a esta patología, nos damos cuenta que, existen muy pocos estudios reportados sobre el quiste sinovial de mano y muñeca. Por ende, queda claro que falta mucho por conocer e investigar, en este sentido, con nuestro trabajo pretendemos contribuir con la medicina y la ciencia.

2.1 TRABAJOS PREVIOS

Kuliński S, et al. 2018. “Dorsal and volar wrist ganglions: The results of surgical treatment”. Con el objetivo de presentar su experiencia en el tratamiento de los gangliones de la muñeca y evaluar los resultados obtenidos con el manejo quirúrgico de este tipo de lesión. Realizó un estudio con 394 pacientes (289 mujeres y 105 hombres, con edades entre 10-83 años) que recibieron tratamiento quirúrgico del ganglión de muñeca entre los años 2000 y 2014. Los resultados del tratamiento quirúrgico se evaluaron después de un mínimo de 2 años de seguimiento en el 69,4% de los pacientes operados por ganglios de la muñeca dorsal y en el 70,6% de los pacientes después de la escisión de los ganglios de la muñeca palmar. Se evaluaron la forma y el tamaño de la cicatriz postoperatoria, el rango de movimiento de la muñeca, la fuerza de agarre, la gravedad del dolor y la presencia / ausencia de recurrencia ganglionar. La influencia de los factores demográficos en el riesgo de recurrencia se analizó estadísticamente. Se observó una limitación persistente de la flexión palmar de la muñeca en 6 pacientes después de la eliminación de los ganglios de la muñeca dorsal. No hubo casos de debilitamiento de la fuerza de agarre postoperatorio. Se desarrolló una cicatriz antiestética en 15 pacientes después de la extirpación de los ganglios de la muñeca dorsal y en 6 pacientes después de la eliminación de los ganglios de la muñeca palmar. Se observó dolor postoperatorio en 7 pacientes con recurrencia ganglionar y en 17 pacientes sin recurrencia. Los quistes ganglionares recurrieron en el 12.1% de los pacientes tratados por ganglios de la muñeca dorsal y en el 10.4% de los pacientes operados por ganglios de la muñeca palmar. No se detectó ninguna influencia del sexo del paciente, la edad, el lado del cuerpo o la ubicación de los quistes en la recurrencia del ganglio. Conclusiones: El tratamiento quirúrgico es un método ampliamente reconocido de manejo de los ganglios de la muñeca. La tasa de complicaciones persistentes resultantes es baja. La recurrencia de los quistes ganglionares es impredecible e independiente de los factores demográficos del paciente. Se puede observar incluso en casos en los que se ha utilizado una técnica quirúrgica perfecta (5).

Chatterjee S, et al. 2014. “Comparative Study of Recurrence and Complications Using Various Sclerosants by Single Dart Technique in Treatment of Ganglion

Cysts”. Con el objetivo de comparar la eficacia y las tasas de recurrencia con triamcinolona, hialuronidasa y tetradecil sulfato de sodio, utilizando la técnica de dardo único, se realizó un estudio observacional prospectivo en pacientes que acudieron al servicio de cirugía general ambulatoria entre enero del 2010 y agosto del 2011. Un total de 180 pacientes se incluyeron en este estudio. La diferencia en las tasas de recurrencia después de escleroterapia para quistes ganglionares no es estadísticamente significativa entre los regímenes de triamcinolona y hialuronidasa como $Z (P1-P2) = 1.70, p > 0.05$ pero la diferencia en las tasas de recurrencia después de escleroterapia para quistes ganglionares es estadísticamente significativa entre triamcinolona y regímenes de tetradecil sulfato de sodio como $Z (P1-P2) = 3.34, p < 0.05$. Valor Chi-cuadrado -10.33 (2 ° de libertad), $p = 0.00571987$ (significativo al nivel del 5%). Por lo tanto, la inyección intralesional de triamcinolona mediante técnica de dardo único se puede considerar como una alternativa simple, segura, económica, conveniente y menos invasiva a la escisión quirúrgica de los quistes ganglionares de la muñeca. (6).

Fernandes C, et al 2014. “A systematic review of complications and recurrence rate of arthroscopic resection of volar wrist ganglion”, realizaron una revisión sistemática para determinar la incidencia de complicaciones y la tasa de recurrencia de un ganglio de muñeca volar después de la resección artroscópica. Se incluyeron artículos en inglés y en otros idiomas utilizando Google Scholar, Medline y Web of Knowledge. Tres revisores independientes examinaron los artículos para su inclusión en el estudio utilizando los términos "tratamiento artroscópico del ganglio de muñeca volar" y "resección artroscópica del ganglio de muñeca volar", entre 2001 y 2012, 13 artículos cumplieron los criterios de inclusión. Se excluyeron dos artículos y se revisaron 11. Un total de 232 muñecas se sometieron a cirugía artroscópica con 14 recurrencias. La tasa de recurrencia varió de 0 a 20%, con una media de 6.03%. Hubo 16 (6,89%) complicaciones. Tres hematomas, tres casos de neuropraxia del nervio radial dorsal, dos lesiones parciales del nervio mediano y dos lesiones de una rama de la arteria radial. Los pacientes no tuvieron una disminución en el rango de arco de movimiento. El tratamiento de los ganglios volar de la articulación mediocarpiana fue técnicamente difícil y se asoció con un mayor número de complicaciones. En general, la resección artroscópica produce menos complicaciones y tasas de recurrencia más

bajas que un abordaje quirúrgico abierto, pero no hay una evidencia clara de tal ventaja para la resección artroscópica de un ganglio de muñeca volar (7).

Chicata S. 2013. “Diagnóstico ecográfico y anatomopatológico de las tumoraciones de partes blandas en extremidades Policlínico Pablo Bermúdez 2013”. Con el objetivo de identificar el grado de correlación existente entre los diagnósticos ecográfico y anatomopatológico en las tumoraciones de partes blandas en extremidades diagnosticadas en el Policlínico Pablo Bermúdez, 2013. Método: Siguiendo un diseño de tipo transversal o cross-sectional, se revisaron un total de 154 casos de pacientes con tumoraciones de partes blandas en extremidades, con el objeto de analizar el grado de correlación existente entre los diagnósticos ecográfico y anatomopatológico. Resultados: El promedio de edad de los pacientes fue de 54 ± 16 años de edad, siendo la mayoría (59%) varones. Clínicamente la mayoría las tumoraciones fueron caracterizadas ecográficamente como lesiones únicas (94%), de menos de 2 cm de longitud (57%), de menos de 2cm de diámetro (57%), limitadas al TCSC (86%), sin cápsula (60%) o sin vascularidad (79%). Ecográficamente un 66% de las lesiones fueron reportadas como de naturaleza benigna, de las cuales el 2% (n=3) correspondían a ganglión, un 38% como “no conclusivo”, un 1% como lesión maligna y un 1% como “no lesión”. Sin embargo, anatomo-patológicamente el 94% de las lesiones fueron diagnosticadas como de naturaleza benigna, un 5% como de de naturaleza maligna y un 1% como tejido normal. Analizando el grado de correlación entre estos diagnósticos se encontró una correlación si bien estadísticamente significativa de magnitud escasa ($r=0.2274$; $p=0.0046$). Al análisis de certeza diagnóstica se encontró que tanto el diagnóstico ecográfico de benignidad (Sensibilidad [S] =68%; Especificidad [E] =78%; razón de verosimilitud positivo [LR+] =3.1; razón de verosimilitud negativa [LR-] =0.4; correctamente clasificados [CC] =68%; área bajo la curva recíproco operador [ROCa] =73%, (Intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 58%-88%) y el de lesión capsulada (S =42%; E =89%, LR+ =3.8; LR- =0.7; CC =88%; ROCa =65%, IC95%: 54%-77%) fueron los únicos dos diagnósticos ecográficos con una ROCa >50%. Sin embargo, al análisis de regresión se encontró que sólo lesión vascularizada (ORa =0.08; IC95%: 0.01 – 0.46) y diámetro ≥ 20 mm (ORa =0.05; IC95%: 0.01 – 0.26) permitían verdaderamente discriminar una lesión anatomopatológicamente benigna de una maligna (Pseudo R2

=0.4033). Conclusiones: En la experiencia del Policlínico Pablo Bermúdez el grado de correlación existente entre los diagnósticos ecográfico y anatomopatológico en el caso de las tumoraciones de partes blandas en extremidades es escasa, aunque la certeza diagnóstica del diagnóstico anatomopatológico de benignidad se incrementaba significativamente cuando en la ecografía no se encuentra evidencia de vascularidad y/o el diámetro del tumor era menor de dos centímetros (8).

Dias J, et al. 2007. “The natural history of untreated dorsal wrist ganglia and patient reported outcome 6 years after intervention”. Evaluaron el resultado a largo plazo de la escisión, aspiración y el no tratamiento de los ganglios de la muñeca dorsal de forma prospectiva en 236 (83%) de los 283 pacientes que respondieron a un cuestionario postal a una media de 70 meses. La resolución de los síntomas fue similar entre los grupos de tratamiento ($p > 0.3$). El dolor y la incomodidad estética mejoraron en los tres grupos de tratamiento. La prevalencia de debilidad y rigidez se modificó solo ligeramente en los tres grupos de tratamiento. La satisfacción del paciente fue mayor después de la escisión quirúrgica ($p < 0,0001$), incluso si el ganglio recurrió. Veintitrés de los 55 (58%) ganglios no tratados se resolvieron espontáneamente. La tasa de recurrencia fue del 58% (45/78) y del 39% (40/103) después de la aspiración y la escisión, respectivamente. Ocho de los 103 pacientes tuvieron complicaciones después de la cirugía. En este estudio, ni la escisión ni la aspiración proporcionaron un beneficio significativo a largo plazo sobre ningún tratamiento (9).

3.1 MARCO TEÓRICO

Un quiste ganglionar es una de las hinchazones de tejidos blandos más comunes en la mano y la muñeca. Aunque los quistes ganglionares son lesiones benignas, pueden provocar dolor, debilidad y pérdida de la función, y algunas veces requieren tratamiento. Pueden ocurrir en todas las edades, pero son más comunes en la segunda a la cuarta década con un ligero predominio femenino. Se cree que los quistes ganglionares surgen de una hernia de tejido conjuntivo denso de vainas tendinosas, ligamentos, cápsulas articulares, bolsas y meniscos, contienen un fluido mucinoso y gelatinoso (10).

La ubicación más común para los quistes ganglionares es el lado dorsal de la muñeca (70 por ciento), seguida por los quistes ganglionares del lado volar de la muñeca (20 por ciento) sobre la articulación escapotrapezoidea (10). Pueden ser uniloculares o multiloculares.

Un quiste mucoso digital (o mucinoso) es un quiste ganglionar que se forma sobre el lado dorsal de la articulación interfalángica distal. Ocurren más comúnmente en la quinta a la séptima décadas y generalmente se asocian con un diagnóstico subyacente de osteoartritis (11).

La patogenia de los quistes ganglionares es desconocida, pero se ha sugerido que representan la degeneración mucoide de las estructuras periarticulares (12). El papel, si lo hay, del movimiento repetitivo en la causalidad es incierto; puede inducir agrandamiento de la lesión y provocar síntomas.

El ganglión puede presentarse como una hinchazón evidente en el examen físico o solo manifestarse por dolor en las articulaciones (especialmente en la muñeca). El quiste es típicamente firme, liso, redondeado, gomoso y, en ocasiones, sensible. Los pacientes pueden notar que el tamaño del quiste cambia con el tiempo. Ocasionalmente, el quiste puede afectar y causar compresión nerviosa, lo que resulta en pérdida sensorial y/o motora (13). Además, muchos pacientes buscan atención médica por razones estéticas o por preocupación por una posible malignidad en lugar de por algún síntoma.

El enfoque de diagnóstico depende del examen físico (14):

- ❖ En pacientes con una lesión fácilmente palpable, la transiluminación proporciona un método fácil en el consultorio para diferenciar los ganglios de los tumores sólidos: los quistes ganglionares se transiluminan mientras que los tumores sólidos no lo hacen.
- ❖ Si está disponible, la ultrasonografía es útil en el diagnóstico de los ganglios. La mayoría de los ganglios tienen márgenes bien definidos, paredes gruesas

y realce acústico. Un ganglio de apariencia sólida, aunque inusual, puede simular una neoplasia benigna.

- ❖ En pacientes con dolor oculto en la muñeca, la resonancia magnética (RM) puede diferenciar la mayoría de los ganglios de otros tipos de masas. Un estudio de 14 pacientes con dolor crónico de la muñeca dorsal de etiología desconocida encontró que el valor predictivo positivo de la RM fue del 100 por ciento para el diagnóstico de los ganglios ocultos (15).

La combinación de transiluminación, ultrasonografía y resonancia magnética generalmente son suficientes para distinguir entre un quiste de ganglio benigno y otras masas potencialmente neoplásicas de partes blandas. Sin embargo, la presencia de ciertas características clínicas como crecimiento rápido, dolor en reposo, deterioro funcional y localización atípica (p. Ej., Proximal o distal a la muñeca en lugar de superponerse a la muñeca) debería llevar a considerar una biopsia quirúrgica (16).

El diagnóstico diferencial de los quistes ganglionares de la muñeca y la mano incluye afecciones asociadas con lesiones nodulares de la mano, varias de las cuales se presentan a continuación.

Tumor de células gigantes tenosinoviales: un tumor de células gigantes tenosinoviales es una inflamación firme y fija que generalmente se desarrolla en las superficies flexoras de los tendones de las manos. Se puede distinguir de los quistes ganglionares en que es una masa fija que se agranda y no transilumina (17).

Lipoma: los lipomas de la mano y la muñeca pueden presentarse como un nódulo móvil de crecimiento lento, suave e indoloro. A diferencia de los quistes ganglionares, los lipomas no se transiluminan.

Tenosinovitis infecciosa: la tenosinovitis infecciosa puede ocurrir en cualquier articulación, pero ocurre con mayor frecuencia en las manos y la muñeca, se caracteriza por hinchazón difusa y sensibilidad que recorre el tendón de forma longitudinal, y debe sospecharse en el contexto de una perforación o mordida previa.

La infección de la mano requiere una consulta quirúrgica inmediata para una posible exploración y drenaje (18).

Nódulos reumatoides: los nódulos reumatoides son lesiones subcutáneas firmes, no sensibles, de color carne, que se presentan en aproximadamente el 20 por ciento de los pacientes con artritis reumatoide. Los nódulos reumatoides pueden ser fijos o móviles y, cuando están presentes en la mano o la muñeca, suelen estar en la superficie del extensor (19).

Xantoma tendinoso: estas pápulas rosadas y amarillas pueden ser la primera evidencia de hiperlipidemia. Por lo general son asintomáticos y bilaterales, pueden ocurrir abruptamente (xantomas eruptivos) sobre puntos de presión y superficies extensoras o gradualmente sobre los tendones extensores de Aquiles, rotulianos y digitales. A menudo, el paciente no les presta atención; el clínico puede ser el primero en darse cuenta de su significado (20).

Sarcoma sinovial: un sarcoma sinovial es una causa rara de masa de tejido blando alrededor de una articulación. Puede surgir en cualquier edad y área anatómica, pero tiende a favorecer las extremidades distales en adultos jóvenes. El tamaño más grande del tumor (> 5 cm) se asocia con un mayor riesgo de metástasis y recidiva local. El sarcoma sinovial es una neoplasia maligna de tejidos blandos asociada a la translocación. La translocación t (X; 18) se ha identificado en el sarcoma sinovial solamente, y se han establecido su sensibilidad y especificidad. En ciertos casos difíciles, la detección de este evento de fusión (por RT-PCR o estudios citogenéticos) ha sido fundamental para el diagnóstico correcto (21).

El enfoque general de tratamiento es comenzar con medidas no quirúrgicas que consisten en observación o aspiración con aguja, dada la limitada morbilidad de la lesión y el potencial de resolución espontánea. La terapia quirúrgica generalmente se reserva para pacientes que tienen síntomas persistentes o recurrentes a pesar de la terapia conservadora inicial.

Más del 50 por ciento de los pacientes pueden experimentar una resolución espontánea de los quistes ganglionares y no requieren intervención. Se puede usar un aparato ortopédico temporalmente en función de los síntomas clínicos, pero el uso debe limitarse para evitar la atrofia muscular que puede asociarse con la inmovilización a largo plazo. La inactividad sistemática de las articulaciones debido al dolor de un quiste ganglionar tampoco se recomienda por la misma razón para los arriostamientos prolongados. En general, el dolor lo suficientemente severo como para limitar significativamente la actividad sería una indicación para la intervención quirúrgica (22).

Para pacientes con síntomas molestos, sugerimos la aspiración del quiste ganglionar. Sin embargo, se debe informar al paciente que más de la mitad de los quistes ganglionares tratados con aspiración recidivarán dentro de aproximadamente un año (23). En el caso de los quistes volar, se requiere precaución para no dañar las estructuras neurovasculares, particularmente la arteria radial y la rama cutánea palmar del nervio mediano.

Si el quiste se repite rápidamente (por ejemplo, dentro de dos a cuatro semanas) después de la primera aspiración, es poco probable que una segunda aspiración tenga éxito. Sin embargo, si el quiste recurre después de un período más largo de alivio de los síntomas (por ejemplo, más cerca de un año), se puede intentar otra aspiración.

No se recomienda la inyección de quistes ganglionares con glucocorticoides en base a la evidencia de que no hay un beneficio adicional, y existe un riesgo potencialmente mayor de atrofia grasa subcutánea y despigmentación de la piel. Un ensayo que incluyó 85 pacientes que fueron aleatorizados a aspiración sola o aspiración más inyección de glucocorticoides descubrió que después de un período de seguimiento de casi un año, el 67 por ciento de los ganglios recurrieron en ambos grupos (6).

Terapia quirúrgica: se sugiere el tratamiento quirúrgico para pacientes con síntomas persistentes o recurrentes a pesar del tratamiento inicial con terapia conservadora. La extirpación quirúrgica del quiste ganglionar conlleva la escisión abierta o artroscópica del quiste junto con su raíz.

La cirugía es generalmente efectiva, sin embargo, si no se elimina adecuadamente, el ganglio puede reaparecer en el postoperatorio. Aproximadamente el 10 por ciento recurre con cirugía estándar o artroscópica (24). Algunos estudios han demostrado que la extirpación artroscópica de los quistes ganglionares es tan efectiva como la escisión abierta, y puede sanar más rápido; sin embargo, se necesitan más estudios para determinar si existe un verdadero beneficio funcional.

Las complicaciones potenciales de la cirugía incluyen infección, disminución del rango de movimiento, lesión del tendón, lesión neurovascular y una cicatriz antiestética.

4.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas del quiste sinovial de la mano y muñeca en el Hospital I EsSalud – Sullana, 2018?

5.1 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

El quiste sinovial de la mano y la muñeca es una patología muy frecuente en nuestra realidad, muchos de los pacientes acuden a consulta externa buscando una solución oportuna y definitiva a su molestia. La revisión bibliográfica muestra una escasa publicación peruana respecto al tema. Por tal razón, nuestro trabajo está enfocado en identificar las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas del quiste sinovial en el Hospital I EsSalud de Sullana con el fin de enriquecer la base de datos a nivel nacional y ayude en la toma de decisiones del médico tratante.

6.1 OBJETIVOS

6.1.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas del quiste sinovial de la mano y muñeca en el Hospital I EsSalud – Sullana, 2018.

6.1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ☐ Describir las principales características sociodemográficas (edad, sexo y procedencia) de los pacientes con quiste sinovial.
- ☐ Identificar las principales características clínicas (tiempo de enfermedad, forma de inicio y síntomas) de los pacientes con quiste sinovial.
- ☐ Determinar la frecuencia según tratamiento del quiste sinovial de la mano y muñeca.

II. METODO

2.1 DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño de investigación es observacional, de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal.

2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACION

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA
QUISTE SINOVIAL	Protrusión de líquido sinovial a través de zonas de menor resistencia de la cápsula articular de la muñeca.	• Número de casos	Nominal
EDAD	Número de años registrado en la H.C.	• Años	Nominal
SEXO	Diferencia biológica entre hombre y mujer.	• Masculino • Femenino	Nominal
LUGAR DE PROCEDENCIA	Zona de donde procede el paciente	• Urbano • Rural	Nominal
TIEMPO DE ENFERMEDAD	Tiempo transcurrido desde que iniciaron los síntomas hasta el momento de la atención, expresado en días, semanas y meses.	1.- < 1 semana 2.- 1 – 4 semanas 3.- 1 – 6 meses 4.- 6 – 12 meses 5.- > 1 año	Razón
FORMA DE INICIO	Forma en la que aparecieron los síntomas del quiste sinovial, consignado en la H.C.	• Brusco • Insidioso	Nominal
SÍNTOMA	Molestia que refiere el paciente, descrito en la historia clínica.	1.- Dolor o parestesia 2.- Pérdida de fuerza 3.- Palpación de masa	Nominal
TRATAMIENTO	Procedimiento realizado con intención curativa.	1.- Punción/aspiración 2.- Exéresis parcial 3.- Exéresis total	Nominal

2.3 POBLACION Y MUESTRA

2.3.1 POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de quiste sinovial que ingresaron a sala de operaciones del Hospital I Sullana durante el período comprendido entre enero y setiembre del 2018.

2.3.2 MUESTRA

La muestra estuvo constituida por la totalidad de la población de estudio que cumplió con los criterios de selección. De un total de 49 pacientes registrados en el libro de cirugías, se excluyeron 3 por falta de datos en la historia clínica, por lo tanto, la muestra final estuvo constituida por 45 pacientes.

Criterios de inclusión

1. Pacientes con diagnóstico de quiste sinovial con historia clínica completa.
2. Pacientes que cuenten con exámenes auxiliares adecuados.
3. Pacientes que cuenten con manejo médico y/o quirúrgico.

Criterio de exclusión

1. Pacientes con datos insuficientes en la historia clínica.
Pacientes operados en otras instituciones

2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para la recolección de datos se elaboró una ficha (Anexo 1), que nos permitió recabar la información necesaria para el desarrollo de los objetivos. Se solicitó formalmente el acceso a las historias clínicas de los pacientes con quiste sinovial dentro del período de estudio. Se corroboró que las historias clínicas contaran con la información completa.

2.5 METODOS DE ANALISIS DE DATOS

La información obtenida de las fichas de recolección se ingresó a una base de datos del programa SPSS®v.24. El análisis e interpretación de los datos se efectuó mediante el uso de medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, porcentajes para variables cualitativas. Así mismo se utilizaron representaciones gráficas y de pastel según el caso y las tablas correspondientes.

2.6 ASPECTOS ETICOS

La investigación sigue los principios éticos de la Declaración de Helsinki, así como, evaluada y aprobada por el comité de investigación de la Universidad César Vallejo. La información obtenida de las historias clínica de los pacientes en estudio fue tratada de forma confidencial de acuerdo con los principios éticos actualmente vigentes.

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.
4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.
10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.
12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.
13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.
15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Riesgos, Costos y Beneficios

16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria.

Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Grupos y personas vulnerables

19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.

Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica.

20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.

Requisitos científicos y protocolos de investigación

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación.

El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación.

En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

Comités de ética de investigación

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes,

pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un participante potencial que toma parte en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Uso del placebo

33. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con las mejores intervenciones probadas, excepto en las siguientes circunstancias:

Cuando no existe una intervención probada, el uso de un placebo, o ninguna intervención, es aceptable; o

cuando por razones metodológicas científicamente sólidas y convincentes, sea necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención el uso de cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el uso de un placebo o ninguna intervención.

Los pacientes que reciben cualquier intervención menos eficaz que la mejor probada, el placebo o ninguna intervención, no correrán riesgos adicionales de daño grave o irreversible como consecuencia de no recibir la mejor intervención probada.

Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

Estipulaciones post ensayo

34. Antes del ensayo clínico, los auspiciadores, investigadores y los gobiernos de los países anfitriones deben prever el acceso post ensayo a todos los participantes que todavía necesitan una intervención que ha sido identificada como beneficiosa en el ensayo. Esta información también se debe proporcionar a los participantes durante el proceso del consentimiento informado.

Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

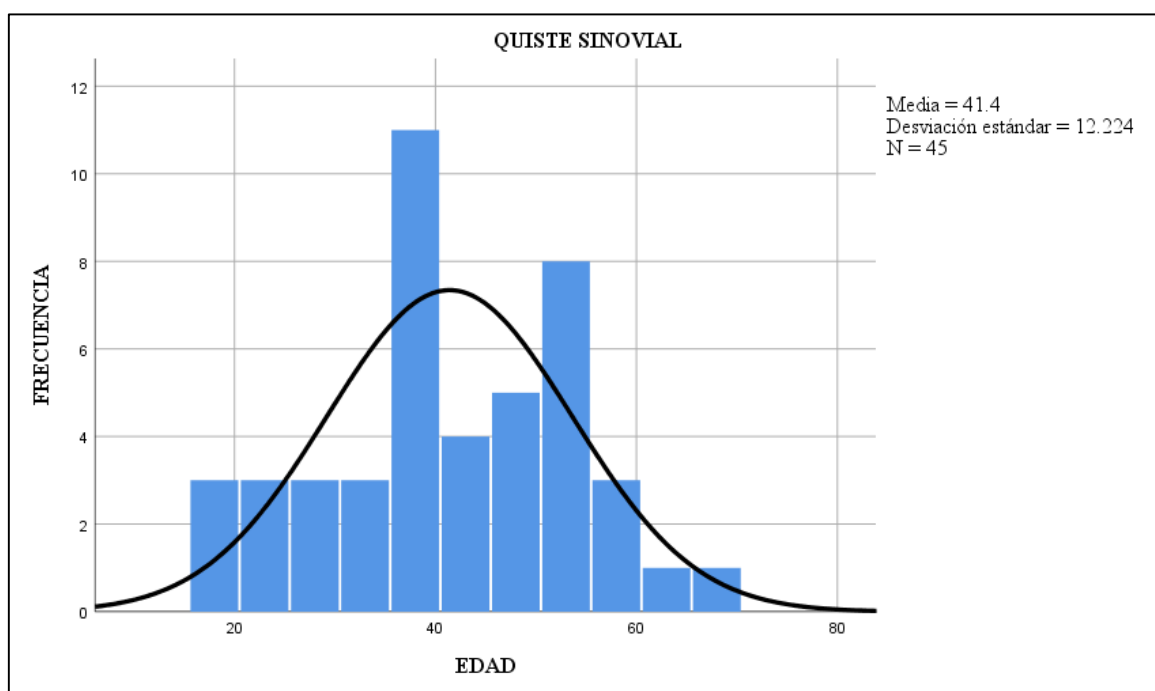
Intervenciones no probadas en la práctica clínica

37. Cuando en la atención de un paciente las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

III. RESULTADOS

TABLA Y GRAFICO N°1: EDAD DE LOS PACIENTES CON QUISTE SINOVIAL DE MANO Y MUÑECA EN EL HOSPITAL I ESSALUD – SULLANA 2018.

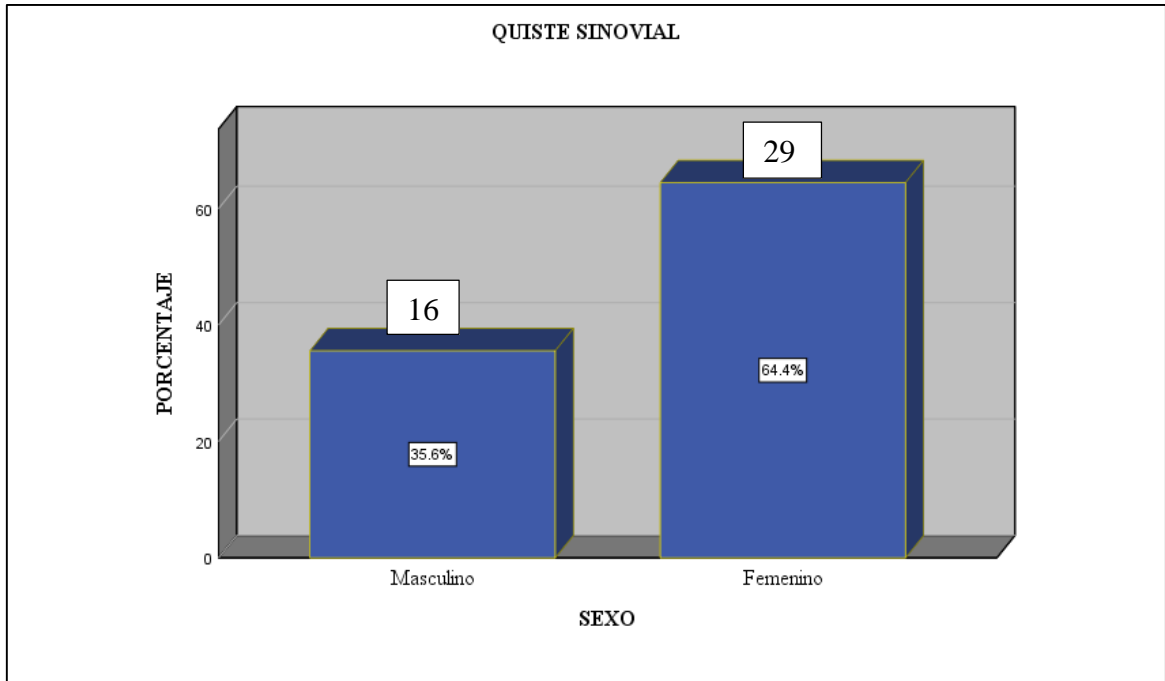
N	45
Media	41.40
Moda	36
Desv. Desviación	12.224
Rango	49
Mínimo	18
Máximo	67
Percentiles	
25	33.50
50	40.00
75	53.00



Fuente: Historias Clínicas – Hospital I EsSalud Sullana

En la tabla 1 y gráfico 1 se observa que, de un total de 45 paciente, la edad media es 41.40 \pm 12.224 años, siendo 18 y 67 años la edad mínima y máxima respectivamente.

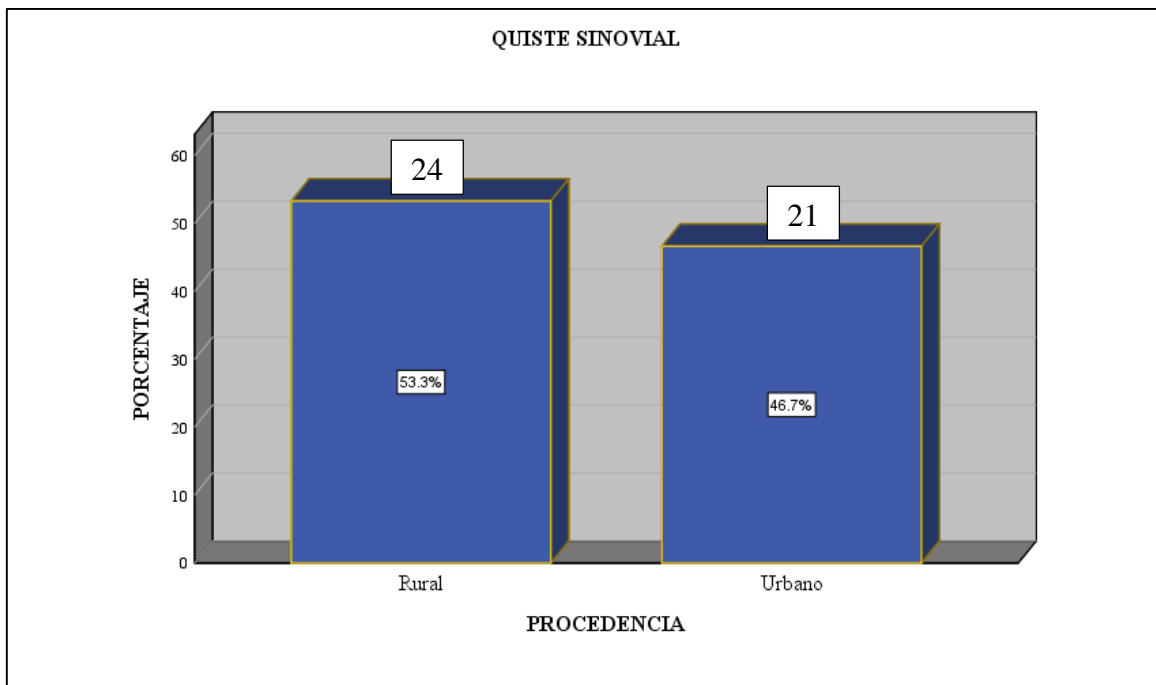
GRAFICO N°2: DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DE LOS PACIENTES CON QUISTE SINOVIAL DE MANO Y MUÑECA EN EL HOSPITAL I ESSALUD – SULLANA 2018.



Fuente: Historias Clínicas – Hospital I EsSalud Sullana

En el gráfico 2 se observa que, el 64.4% (n = 29) de los pacientes con quiste sinovial de mano y muñeca son de sexo femenino.

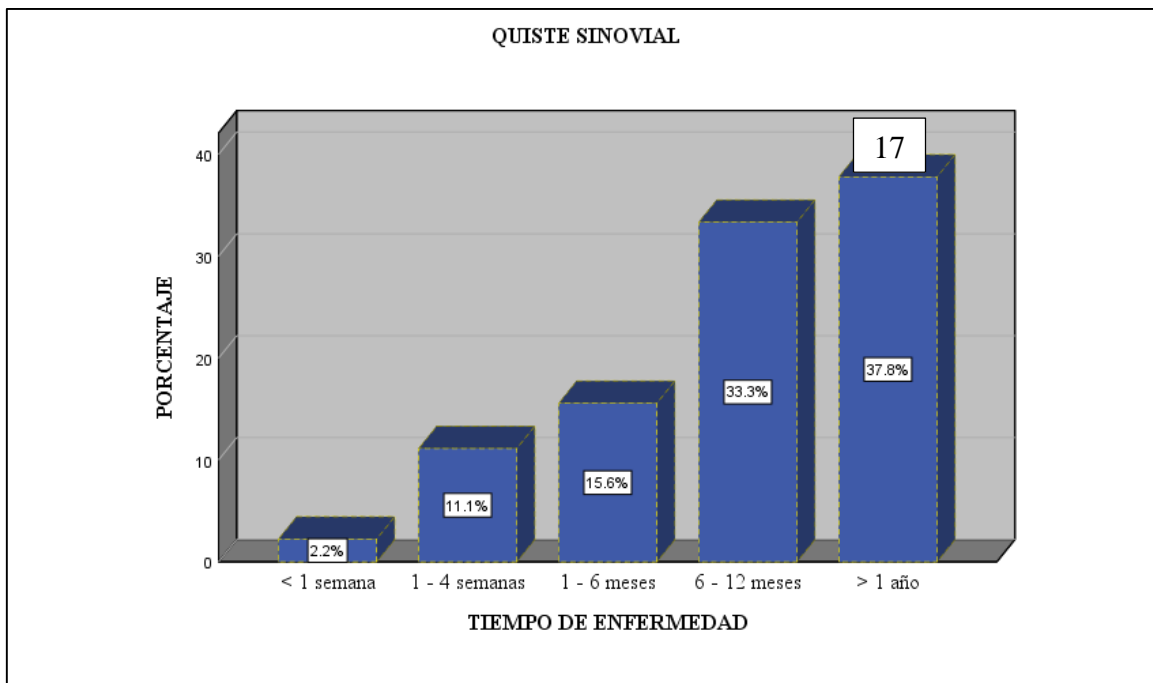
GRAFICO N°3: DISTRIBUCION SEGÚN PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON QUISTE SINOVIAL DE MANO Y MUÑECA EN EL HOSPITAL I ESSALUD – SULLANA 2018.



Fuente: Historias Clínicas – Hospital I EsSalud Sullana

En el gráfico 3 se observa que, el 53.3 (n = 24) de los pacientes con quiste sinovial de mano y muñeca son de procedencia rural.

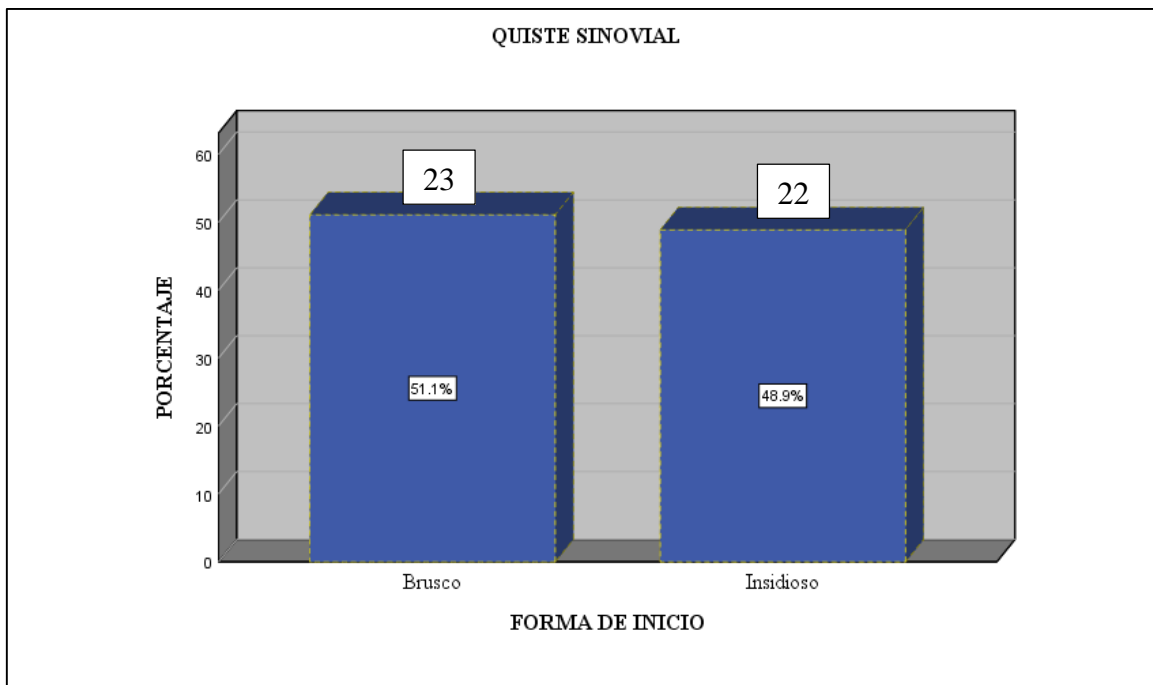
GRAFICO N4º: DISTRIBUCION SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON QUISTE SINOVIAL DE MANO Y MUÑECA EN EL HOSPITAL I ESSALUD – SULLANA 2018.



Fuente: Historias Clínicas – Hospital I EsSalud Sullana

En el gráfico 4 se observa que, el 37.8% (n = 17) de los pacientes con quiste sinovial de mano y muñeca tienen un tiempo de enfermedad > de 1 año. En forma global cerca del 86.7% (n =39) tiene una enfermedad mayor a un mes.

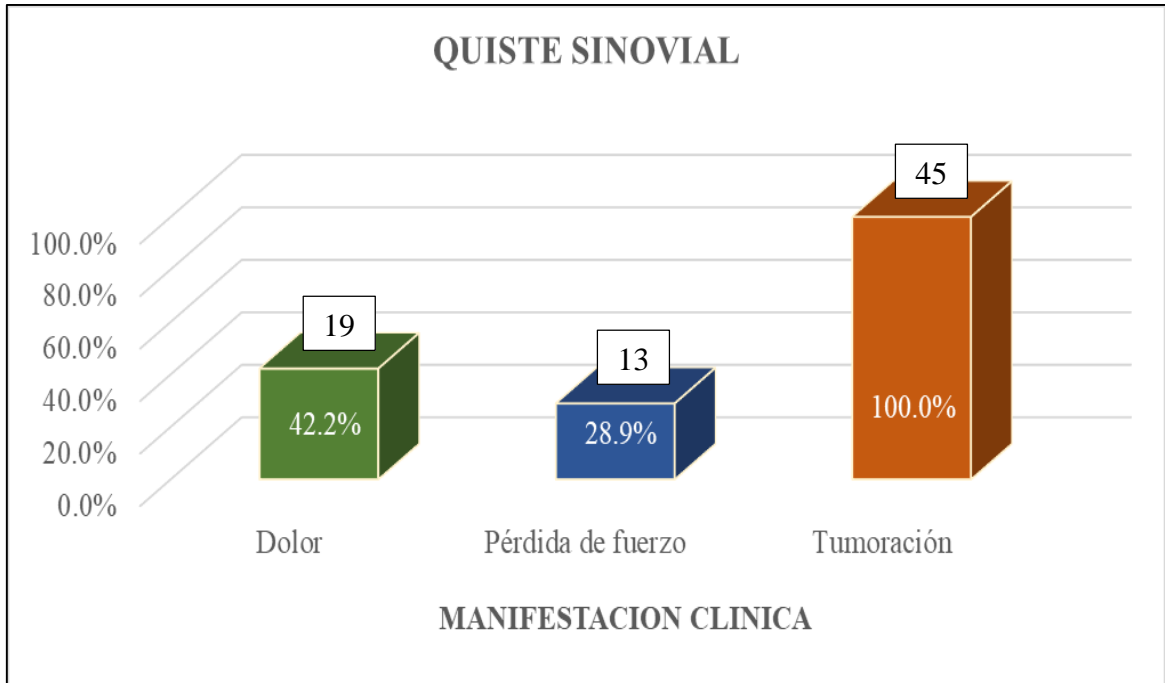
GRAFICO N°5: DISTRIBUCION SEGÚN FORMA DE INICIO DE LOS PACIENTES CON QUISTE SINOVIAL DE MANO Y MUÑECA EN EL HOSPITAL I ESSALUD – SULLANA 2018.



Fuente: Historias Clínicas – Hospital I EsSalud Sullana

En el gráfico 5 se observa que, el 51.1% ($n = 23$) de los pacientes con quiste sinovial de mano y muñeca tienen un de inicio de enfermedad brusco.

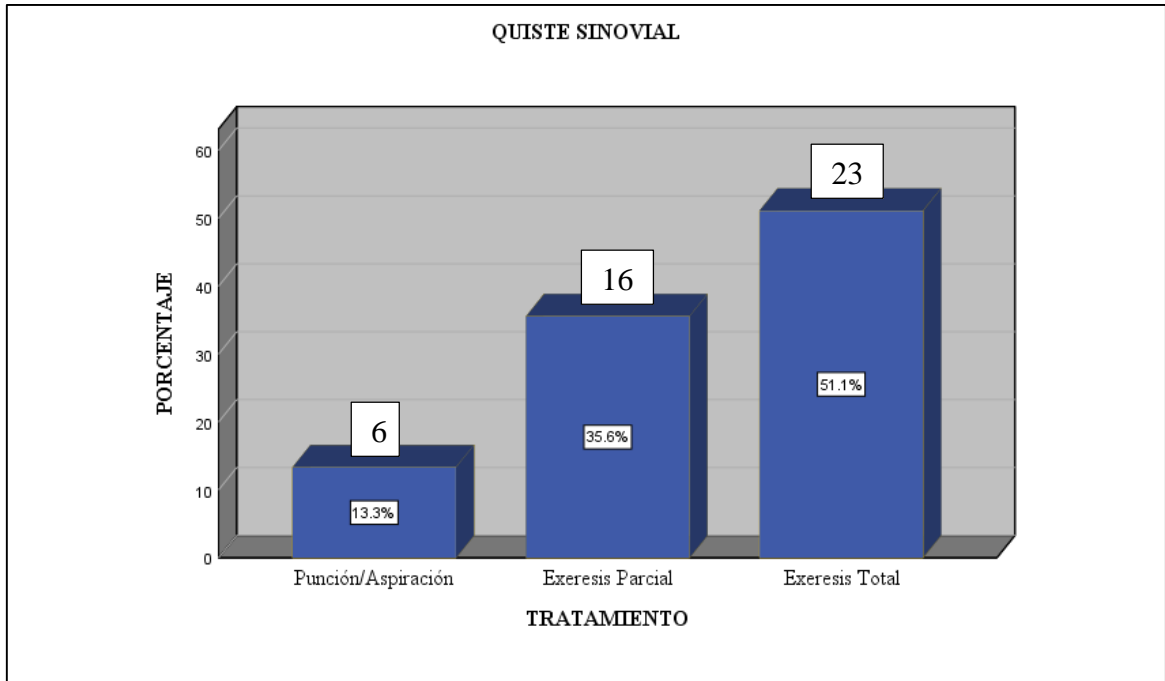
GRAFICO N°6: DISTRIBUCION DE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DE LOS PACIENTES CON QUISTE SINOVIAL DE MANO Y MUÑECA EN EL HOSPITAL I ESSALUD – SULLANA 2018.



Fuente: Historias Clínicas – Hospital I EsSalud – Sullana

En el gráfico 6 se observa que, el 100.0% (n = 45) de los pacientes tiene presencia de una tumoración en la mano o muñeca, 42.2% (n = 19) refiere dolor y el 28.9% (n = 13) tiene pérdida de fuerza en la mano.

GRAFICO N°7: DISTRIBUCION SEGÚN TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON QUISTE SINOVIAL DE MANO Y MUÑECA EN EL HOSPITAL I ESSALUD – SULLANA 2018.



Fuente: Historias Clínicas – Hospital I EsSalud – Sullana

En el gráfico 7 se observa que, al 51.1% (n = 23) de los pacientes se les realizó exéresis total, 35.6% exéresis parcial y 13.3% punción/aspiración de la lesión.

IV. DISCUSION

Los resultados de nuestro estudio muestran que, los pacientes con quiste sinovial de la mano y muñeca, tienen una edad promedio de 41.40 ± 12.22 años, resultado similar a lo encontrado por Meena (3) quien reporta la presencia de esta patología en pacientes cuyas edades están comprendidas entre los 20 a 50 años y Chicata (8) cuyo promedio de edad fue 54 ± 16 años. Con respecto al sexo, encontramos que en las mujeres hay una mayor frecuencia de presentación, representado el 60% del total de la muestra, este resultado es comparable a lo observado por Meena (3), quien reporta una proporción de 3:1 entre mujeres y hombres, sin embargo, se contrapone a lo observado por Chicata (8) quien reporta un 59% de frecuencia en varones. Por otro lado, se observa una leve predominancia en los pacientes de procedencia rural, dentro de la bibliografía revisada no hemos encontrado estudios que relacionen ambas variables, sin embargo, esto se puede explicar por el tipo de actividades físicas que suele realizar la población del campo, con una mayor frecuencia de microtraumas y/o exceso de uso de la articulación que genere un debilitamiento de pared y la formación del quiste sinovial.

En relación al tiempo de enfermedad, se observa que, el 37.8% ($n = 17$) de los pacientes con quiste sinovial de mano y muñeca tienen un tiempo de enfermedad $>$ de 1 año, en forma global cerca del 86.7% ($n = 39$) tiene una enfermedad mayor a un mes. Esto se puede explicar porque en la mayoría de pacientes esta patología suele ser asintomática, por ende, los pacientes buscan atención médica cuando el tamaño de la lesión es llamativo y genera alteración estética.

En el gráfico 5 se observa que, el 51.1% ($n = 23$) de los pacientes con quiste sinovial de mano y muñeca tienen un inicio de enfermedad brusco, lo cual se puede explicar por los traumatismos de mano, recordando que la mayor población de nuestro estudio es de procedencia rural. En el gráfico 6 se observa que, el 100.0% ($n = 45$) de los pacientes tiene presencia de una tumoración en la mano o muñeca, 42.2% ($n = 19$) refiere dolor y el 28.9% ($n = 13$) tiene pérdida de fuerza en la mano, como ya fue descrito esta patología se caracteriza por su baja frecuencia de síntomas que limiten las actividades del paciente

En el gráfico 7 se observa que, al 51.1% (n = 23) de los pacientes se les realizó exéresis total, 35.6% exéresis parcial y 13.3% punción/aspiración de la lesión, lo cual concuerda con Dias (9), quien evaluó el resultado a largo plazo de la escisión, aspiración y el no tratamiento de los ganglios de la muñeca dorsal de forma prospectiva y encontró que la satisfacción del paciente fue mayor después de la escisión quirúrgica ($p < 0,0001$), incluso si el ganglio recurrió.

V. CONCLUSIONES

- Se concluye que el quiste sinovial de mano y muñeca se observa con mayor frecuencia en pacientes de 41.4 ± 12.2 años, sexo femenino y procedencia rural.
- La principal manifestación clínica del quiste sinovial es la presencia de una tumoración en el dorso de la mano, de aparición brusca y de más de un año de evolución.
- El tratamiento de mayor elección fue la exéresis total de la tumoración.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar nuevos estudios donde se valore estadísticamente la frecuencia de recidiva de la tumoración según el tipo de tratamiento recibido.
- Unificar criterios para la evaluación de pacientes en base a estudios poblacionales amplios con rigor científico.
- Ampliar la evaluación preoperatoria con estudio ecográfico que delimita la profundidad de la lesión

VII. REFERENCIAS

1. Gregush R, Habusta S. Cyst, Ganglion. [Updated 2017 Dec 5]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [citado 23 agosto 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470168/>
2. Kissel J, Wong C. Ganglion cyst of the wrist treated with electroacupuncture: a case report. *Can Chiropr Assoc*. 2017; 61(3): 269-76.
3. Meena S, Gupta A. Dorsal wrist ganglion: Current review of literature. *J Clin Orthop Trauma*. 2014; 5(2): 59-64.
4. Suen M, Fung B, Lung C. Treatment of ganglion cysts. *ISRN Orthopedics*, 2013: 1–7.
5. Kuliński S, Gutkowska O, Mizia S, Martynkiewicz J, Gosk J. Dorsal and volar wrist ganglions: The results of surgical treatment. *Adv Clin Exp Med*. 2018.
6. Chatterjee S, Basu A, Gupta S, Biswas S. Comparative Study of Recurrence and Complications Using Various Sclerosants by Single Dart Technique in Treatment of Ganglion Cysts. *Indian J Surg*. 2014; 76(5): 350–3.
7. Fernandes C, Miranda C, Dos Santos J, Faloppa F. A systematic review of complications and recurrence rate of arthroscopic resection of volar wrist ganglion. *Hand Surg*. 2014; 19(3): 475-80.
8. Chicata S. Diagnóstico ecográfico y anatomopatológico de las tumoraciones de partes blandas en extremidades. Policlínico Pablo Bermúdez, 2013. [tesis de grado]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2013.
9. Dias J, Dhukaram V, Kumar P. The natural history of untreated dorsal wrist ganglia and patient reported outcome 6 years after intervention. *J Hand Surg Eur Vol*. 2007; 32(5): 502-8.
10. Dyer S, Simmons B. The wrist and hand. In: Hochberg M, Silman A, Smolem J, Weinblatt M, Weisman M. *Rheumatology*, 6th ed. St.Louis: Mosby; 2015. Vol 1, p.624.
11. Salerni G, González R, Alonso C. Dermatoscopic pattern of digital mucous cyst: report of three cases. *Dermatol Pract Concept* 2014; 4: 65.
12. Giard M, Pineda C. Ganglion cyst versus synovial cyst? Ultrasound characteristics through a review of the literature. *Rheumatol Int* 2015; 35:597.
13. Parekh N, Desai N, Ricci J. Ganglion cyst causing finger dysesthesias. *Am J Phys Med Rehabil* 2015; 94: 254.

14. Head L, Gencarelli J, Allen M, Boyd K. Wrist ganglion treatment: systematic review and meta-analysis. *J Hand Surg Am.* 2015 Mar;40(3):546-53.
15. Bracken J, Bartlett M. Ganglion cysts in the paediatric wrist: magnetic resonance imaging findings. *Pediatr Radiol.* 2013; 43(12): 1622-8.
16. Crosby S, Alamanda V, Weikert D, Holt G. Avoiding unplanned resections of wrist sarcomas: an algorithm for evaluating dorsal wrist masses. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)* 2013; 42: 401.
17. Gelinne A, Akture E, Tranmer B. Tenosynovial giant cell tumor of the clinoid: A rare case report. *World Neurosurg.* 2018.
18. Giladi A, Malay S, Chung K. A systematic review of the management of acute pyogenic flexor tenosynovitis. *J Hand Surg Eur Vol.* 2015; 40(7): 720-8.
19. Tilstra J, Lienesch D. Rheumatoid Nodules. *Dermatol Clin.* 2015; 33(3): 361-71.
20. Roy A, Das S, Chowdhury J, Bhanja D. Tendinous xanthoma with familial hypercholesterolemia. *Indian Dermatol Online J.* 2014; 5(1): 59-60.
21. El Beaino M, Araujo D, Lazar A, Lin P. Synovial Sarcoma: Advances in Diagnosis and Treatment Identification of New Biologic Targets to Improve Multimodal Therapy. *Ann Surg Oncol* 2017; 24: 2145.
22. Suen M, Fung B, Lung C. Treatment of ganglion cysts. *ISRN Orthop* 2013; 2013:940615.
23. Zeidenberg J, Aronowitz J, Landy D, Owens P, Jose J. Ultrasound-guided aspiration of wrist ganglions: a follow-up survey of patient satisfaction and outcomes. *Acta Radiol.* 2016; 57(4): 481-6.
24. Bontempo N, Weiss A. Arthroscopic excision of ganglion cysts. *Hand Clin* 2014; 30: 71.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“QUISTE SINOVIAL DE LA MANO Y MUÑECA EN EL HOSPITAL I ESSALUD SULLANA 2018”

Ficha N° _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. N° Historia Clínica: _____ Edad: _____
2. Género:
- Masculino () Femenino ()
3. Lugar de procedencia
- Rural () Urbano ()

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

4. Tiempo de enfermedad
- < 1 semana () 1 – 4 semanas () 1 – 6 meses ()
- 6 – 12 meses () > 1 año ()
5. Forma de inicio
- Brusco () Insidioso ()
6. Manifestaciones clínicas
- Dolor o parestesia () Pérdida de fuerza () Palpación de masa ()

TRATAMIENTO

- Punción/aspiración () Exéresis total () Exéresis parcial ()

TUMORES

INFORME DE ORIGINALIDAD

Patricio Carrero Paola

30%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

27%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	6%
2	clubensayos.com Fuente de Internet	5%
3	www.iisgm.com Fuente de Internet	3%
4	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	3%
5	www.binasss.sa.cr Fuente de Internet	2%
6	www.elsevier.es Fuente de Internet	2%
7	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	2%
8	cienciaedvin3.blogspot.com Fuente de Internet	2%
9	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	2%



UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
Escuela Profesional de Medicina
Coordinadora de la Carrera de Medicina
Lc. Fran

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE ORIGINALIDAD	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	-----------------------------	---

Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“QUISTE SINOVIAL DE LA MUÑECA Y MANO EN EL HOSPITAL I ESSALUD-SULLANA, 2017” del (de la) estudiante Medicina **PAOLA PATRICIA PALAS CALLE** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 30 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 01 de febrero de 2019



Dr. Edgar R. Bazán Palomino
 Director de la Escuela de Medicina

Firma

Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Palas Calle De Malaver Paola Patricia

D.N.I. : .41551255

Domicilio : Urb Jardin Mz C2 Lote 10 Sullana

Teléfono : Fijo : Móvil : 968232625

E-mail : paolapalas@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

☒ Tesis de Pregrado

Facultad : Ciencia Médicas

Escuela : Medicina

Carrera : Medicina

Título : Médico Cirujano

☐ Tesis de Post Grado

☐ Maestría

Grado :

Mención :

☐ Doctorado

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombre).

Palas Calle De Malaver Paola Patricia

Título de la tesis:

Quiste Sinovial de la Mano y Muñeca en el Hospital I Essalud – Sullana 2018

Año de publicación : 2019

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

☒
☐

Firma :

Fecha :

.....



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE
TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL
UCV**

Código : F08-PP-PR-02.02
Versión : 07
Fecha : 31-03-2017
Página : 1 de 1

PAOLA PATRICIA PALAS CALLE identificada con DNI N° 41551255, egresado de la Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo, autorizo (X), No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **QUISTE SINOVIAL DE LA MUÑECA Y MANO EN EL HOSPITAL I ESSALUD-SULLANA, 2017;** en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FIRMA

DNI: 41551255,

FECHA: 05 de Febrero del 2019

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN
DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

PAOLA PATRICIA PALAS CALLE

INFORME TITULADO:

QUISTE SINOVIAL DE LA MUÑECA Y MANO EN EL HOSPITAL I ESSALUD-SULLANA, 2017

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: 04/02/2019

NOTA O MENCIÓN: DIECISEIS (16)



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO PIURA
Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
UCV - Piura

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN